

FAQ zum BAK-Curriculum „Medikationsanalyse“

Wir haben gesammelt: Fragen, die im Laufe der Zeit im Zusammenhang mit dem „BAK Curriculum Medikationsanalyse“ an uns gerichtet oder während des Live-Seminars gestellt wurden. Die Antworten auf einige wichtige Fragen stellen wir Ihnen in diesem Dokument zur Verfügung. Das Dokument kann ständig erweitert werden.

Sie haben ebenfalls Fragen? Richten Sie Ihre Fragen gerne an seminar-medikationsanalyse@dav-medien.de


1. Wie lange ist das Zertifikat gültig?

Die **Bescheinigung über die Teilnahme** an der Online-Fortbildung auf Basis des Curriculums der Bundesapothekerkammer „*Medikationsanalyse, Medikationsmanagement als Prozess*“ und damit die Berechtigung, die pDL „*Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation*“ durchzuführen und abzurechnen, ist **unbegrenzt gültig**, da es sich um eine **prozessuale Fortbildung** handelt. Eine **Rezertifizierung ist nicht notwendig**.

Die Bescheinigung ist personenbezogen. Wenn der- bzw. diejenige, der/die das die Bescheinigung erworben hat, die Apotheke verlässt, darf die Dienstleistung nicht mehr abgerechnet werden.

Die angegebene Gültigkeitsdauer auf der Teilnahmebescheinigung, die Sie über den Deutschen Apotheker Verlag bekommen, bezieht sich nur auf die Akkreditierung der Veranstaltung bei der Bundesapothekerkammer und hat für den Teilnehmer keine Bedeutung.

Exkurs: Vergleichbare Schulungen

Auch vergleichbare Schulungen, die unter anderem die Inhalte zum Prozess der Medikationsanalyse nach BAK-Curriculum enthalten, wie z.B. AHTINA (Arzneimitteltherapiesicherheit in Apotheken), ARMIN (Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen),  Medikationsmanager BA KlinPharm (Bayern), Weiterbildung Geriatriische Pharmazie und die Weiterbildung Allgemeinpharmazie berechtigen – ebenfalls unbegrenzt – zur Durchführung und Abrechnung der pDL „*Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation*“. Das ATHINA-Zertifikat erfordert unabhängig von der Berechtigung zur Durchführung der pharmazeutischen Dienstleistung eine Rezertifizierung. Hier muss nach 3 Jahren nachgewiesen werden, dass AMTS-relevanten Fortbildungen besucht und Medikationsanalysen durchgeführt wurden.

2. Welche Unterlagen sind 4 Jahre lang aufzubewahren?

In § 3 Absatz 4 Satz 4 und 5 der Anlage 11 zum Rahmenvertrag nach § 129 SGB V (Regelung der pharmazeutischen Dienstleistungen und des Näheren nach § 129 Absatz 5e SGB V) heißt es: „**Die Vereinbarungen zur Inanspruchnahme der pharmazeutischen Dienstleistungen sind von der Apotheke für 4 Jahre aufzubewahren. Kopien können von den Krankenkassen angefordert werden.**“

Die Antwort auf diese Frage ist auch in den FAQ der ABDA erläutert. Dort heißt es, dass **die 4-jährige Aufbewahrungsfrist auch auf die Aufbewahrung der Dokumentation angewendet werden kann** – auch wenn der Wortlaut nicht exakt passt.

Im Falle einer längerfristigen Betreuung der Versicherten sowie bei einem Rechtsstreit mit den Versicherten oder der Krankenkasse sind die Unterlagen auch über die 4 Jahre hinaus aufzubewahren. Ansonsten sind die allgemeinen datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu beachten.

Folgende Unterlagen sind 4 Jahre lang aufzubewahren:

- ✓ Die **Vereinbarung zwischen Apotheke und versicherter Person** (laut § 3 Absatz 4 Satz 4 der Anlage 11 zum Rahmenvertrag)
- ✓ **Die Dokumentation der pDL (erhobene Daten, ausgefüllte Dokumente)**
 - Ausgangszustand bzw. erhobene Daten
 - Ergebnisse und Lösungsvorschläge der pharmazeutischen AMTS-Prüfung
 - Aktueller Medikationsplan nach der Intervention
 - Gegebenenfalls (falls vorhanden)
 - Arzt-/Entlassbriefe, Laborwerte
 - Arztbriefe / Ergebnisberichte
 - Informationen und Empfehlungen zu vorgeschlagenen Maßnahmen
 - Informationen zu umgesetzten Empfehlungen

3. Darf ich mehrere pDL am gleichen Tag durchführen und abrechnen?

Am gleichen Tag / miteinander kombiniert / zeitnah nacheinander durchgeführt und abgerechnet werden dürfen folgende pharmazeutischen Dienstleistungen

- „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“,
- „Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik“
- "Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck"

Nicht am gleichen Tag durchgeführt und abgerechnet werden dürfen die drei komplexen pDL, die ein strukturiertes Patientengespräch inkl. Brown-Bag-Review erfordern. Dazu gehören

- „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“,
- "Pharmazeutische Betreuung von Organtransplantierten"
- "Pharmazeutische Betreuung bei oraler Antitumorthherapie".

Hier muss ein erneuter Bedarf festgestellt werden. Dieser wird individuell vom durchführenden Apotheker auf Basis seiner heilberuflichen Kenntnis ermittelt. Einen vorgeschriebenen Zeitrahmen gibt es nicht.

4. Personal

a) Dürfen auch Pharmazieingenieure die Dienstleistung erbringen?

Es gibt 2 Voraussetzungen für die Leistungserbringung:

- Die **Approbation als Apotheker*in**
- die **Fortbildung auf Basis des Curriculums der Bundesapothekerkammer „Medikationsanalyse, Medikationsmanagement als Prozess“** oder eine mindestens gleichwertige Fort- oder Weiterbildung

Da Pharmazieingenieur*innen nicht approbiert sind, sind diese leider nicht zur Leistungserbringung berechtigt. Sie können aber in einigen Schritten sehr gut unterstützen und selbstverständlich bei der Rekrutierung der Patient*innen eine wichtige Rolle spielen (siehe Frage 4b). Die pDL „*Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck*“ und die „*Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik*“ dürfen auch von Pharmazieingenieur*innen eigenständig durchgeführt werden.

b) Darf eine PTA die Patientengespräche führen?

Zu den Patientengesprächen gehören

- a) Das Rekrutierungs- und Aufklärungsgespräch inkl. Datenerhebung
- b) Das Erstgespräch mit Brown-Bag-Review zur systematischen Datenerfassung
- c) Das Zweitgespräch zur Besprechung der ermittelten arzneimittelbezogenen Probleme und Erläuterung der vorgeschlagenen Maßnahmen

Das erste Gespräch kann von allen Mitarbeiter*innen der Apotheke durchgeführt werden. Auch hier können schon viele Fragen geklärt und wichtige Daten erfasst werden.

Bezüglich des Erstgespräches mit Brown-Bag-Review und des Zweitgespräches gilt laut ABDA: In § 2 Absatz 1 der Leistungsvereinbarung ist verankert, dass die pDL „*Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation*“ aus den Prozessschritten 3 bis 7 der „*Leitlinie der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung: Medikationsanalyse*“ (Stand der Revision: 29.11.2017) besteht.

Dies sind folgende Schritte:

- Datenerhebung und Datenerfassung (3)
- Pharmazeutische AMTS-Prüfung (4)
- Erarbeitung von Vorschlägen zur Lösung detektierter ABP (5)
- Abschlussgespräch mit der versicherten Person (6)
- Dokumentation (7)

Für diese Schritte gelten die unter Punkt 4 a) beschriebenen Voraussetzungen für die Leistungserbringung. Somit darf laut ABDA die aufgeführten Schritte 3-7 nicht komplett eigenständig von PTA durchgeführt werden.

PTA können die qualifizierten Apotheker*innen aber sehr gut unterstützen, indem sie die Patient*innen schon im Beratungsgespräch bzw. beim ersten Kontakt

- grundsätzlich über Möglichkeit der Inanspruchnahme der pDL informieren.
- auf die jeweils in Frage kommenden pDL aufmerksam machen.
- über die notwendigen Formalitäten informieren und ggf. schon die notwendigen Unterschriften auf der Vereinbarung einholen.
- Termine vereinbaren und darüber informieren, was für das Erstgespräch mitgebracht werden sollte.
- Informationen zur aktuellen Medikation und Beschwerden sammeln.

Wie bereits erwähnt können PTA bei der Vorbereitung der Dokumente, bei der Eingabe von bereits beim Rekrutierungsgespräch erhaltenen Daten wie z.B. Medikation, Diagnosen, Beschwerden etc. in die AMTS-Software oder Aufbereitung von Daten aus der Kundendatei effektiv unterstützen. So können

sich der Apotheker*innen optimal auf das die Gespräche vorbereiten, um diese zielgerichtet mit einem geringen Zeitaufwand durchführen.

Auch in der Dokumentation können PTA intensiv mit eingebunden werden und wichtige Aufgaben übernehmen.

5. Anspruchsberechtigung

a) Werden Kombinationsarzneimittel pro Wirkstoff gezählt?

Anspruchsberechtigt nach §3 der Leistungsbeschreibung sind „**Versicherte Personen in der ambulanten, häuslichen Versorgung, die aktuell und voraussichtlich auch über die nächsten 28 Tage mindestens 5 Arzneimittel (verschiedene, ärztlich verordnete, systemisch wirkende Arzneimittel/Inhalativa) in der Dauermedikation einnehmen bzw. anwenden.**“

Die Anspruchsberechtigung bezieht sich also ausdrücklich auf **5 Arzneimittel**, nicht auf die Anzahl der angewendeten Wirkstoffe. Somit wird ein Kombinationspräparat aus zwei oder mehr Wirkstoffen als ein Arzneimittel gewertet.

Dies ist bei näherer Betrachtung auch logisch: Im Medikationsplan fällt für ein Kombinationsarzneimittel nur ein Eintrag an. Der Einnahmegrund und die Notwendigkeit der Einnahme sind nur einmal zu erklären. Auch das Dosierungsintervall, der Anwendungszeitpunkt, die Darreichungsform, Anwendungsprobleme, die Adhärenz, die sachgerechte Lagerung sind nur einmal zu prüfen und zu erklären. Lediglich im Bereich Neben- und Wechselwirkungen kann die Prüfung durch mehrere Inhaltsstoffe komplexer werden.

b) Werden Arzneimittel mit gleichen Wirkstoffen aber unterschiedlichen Darreichungsformen oder mit variierenden Freisetzungprofilen als mehrere Arzneimittel gezählt?

Auch hier kann man mit der oben genannten Definition argumentieren. Obwohl ein Arzneimittel die gleichen Wirkstoffe enthält, können sich Darreichungsform und damit die Freisetzungskinetik stark unterscheiden. Dies kann zu unterschiedlichen Dosierungsintervallen, Anwendungszeitpunkten, Anwendungsproblemen, Adhärenzproblemen, Lagerungsbedingungen, Wechsel- und Nebenwirkungen führen, die alle geprüft und erklärt werden müssen.

Somit können wirkstoffgleiche Präparate mit unterschiedlichen Darreichungsformen/Freisetzungskinetiken als mehrere Arzneimittel gezählt werden.

Aber Achtung:

- In der Regel werden schnell und langsam freisetzende Darreichungsformen kombiniert. Dabei stellt das schnell freisetzende Arzneimittel häufig nur eine Bedarfsmedikation dar, die nicht zu den 5 Arzneimitteln dazugerechnet wird. Zum Beispiel, wenn Fentanyl in einer lang- und kurzwirksamen Darreichungsform verordnet wird, kommt die kurzwirksame Form meist zur Behandlung von Durchbruchschmerzen zum Einsatz. Das wäre dann eine Bedarfsmedikation.
- Auch wenn der gleiche Wirkstoff als systemische und lokal wirksame Darreichungsform angewendet wird, zählt natürlich das systemisch wirksame Präparat zu den 5 Arzneimitteln dazu.

Ein Beispiel für eine Kombination mehrerer Präparate mit gleichen Wirkstoffen, aber unterschiedlichen Darreichungsformen/ Freisetzungskinetiken ist die Gabe von verschiedenen Levodopa-Präparaten, wie z.B. ein Levodopa-Retard-Präparat kombiniert mit einem schnellwirksamen Levodopa-Präparat.

c) **Zählen nicht verschreibungspflichtige Präparate wie z.B. ASS 100 mg zu den mind. 5 Arzneimitteln dazu?**

Alle Präparate, die vom Arzt als Dauermedikation verordnet werden und systemisch wirken bzw. Inhalativa darstellen, können dazugerechnet werden. Das gilt auch für Arzneimittel wie z.B. ASS 100 mg, das in Anlage I zur Arzneimittelrichtlinie „Zugelassene Ausnahmen zum gesetzlichen Verordnungsausschluss nach § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V“ steht.

6. Arztbrief

a) **Ist es ausreichend, dem Patienten Informationen zu geben und ihn an den behandelnden Arzt zu verweisen, oder ist die Erstellung eines Arztbriefes verpflichtend?**

Der Arztbrief ist nicht verpflichtend.

Nur wenn eine Schweigepflichtentbindung vorliegt, darf überhaupt Kontakt zur behandelnden Ärztin bzw. zum behandelnden Arzt aufgenommen werden. Die Schweigepflichtentbindung ist in der Vereinbarung enthalten und muss den Patient*innen jeweils für jede behandelnde Ärztin bzw. jeden behandelnden Arzt unterschrieben werden.

Wenn die Patient*innen die Apotheke bzw. den Apotheker oder die Apothekerin gegenüber den behandelnden Ärzt*innen von der Schweigepflicht entbindet, darf Kontakt zu diesen Ärzt*innen aufgenommen werden. Das heißt aber nicht, dass dies Pflicht ist. Die Entscheidung, ob eine Kontaktaufnahme zum Arzt notwendig bzw. sinnvoll ist, wird im individuellen Fall getroffen. In der Regel ist es aber sinnvoll dem Arzt nach der einen aktuellen Medikationsplan zukommen zu lassen, wenn dieser ergänzt bzw. verändert wurde und ihn in diesem Zuge über die Durchführung der Maßnahme in Kenntnis zu setzen. Dies kann auch zum guten Verhältnis zwischen Arztpraxis und Apotheke beitragen.

7. Medikationsplan

a) **Ist die Erstellung eines neuen Medikationsplans Pflicht?**

Wenn am Medikationsplan auf Basis der erweiterten Medikationsberatung Änderungen oder Ergänzungen vorgenommen werden, ist es Pflicht, einen neuen und somit aktuellen Medikationsplan zu erstellen. Liegt eine Schweigepflichtentbindung vor, ist es vorteilhaft, diesen aktualisierten Plan nicht nur den Patient*innen, sondern auch der entsprechenden Arztpraxis zur Verfügung zu stellen (siehe Frage 6).

Wenn keine Änderungen vorgenommen werden und ein korrekter Plan nach den aktuellen Vorgaben der Spezifikation des bundeseinheitlichen Medikationsplans bereits vorliegt, ist ein neuer Plan nicht notwendig.

- b) Sollte bei den Einnahmegründen der wissenschaftliche Hintergrund (z. B. "Cholesterinsenker") genannt werden, oder ist es sinnvoller, patientenfreundliche Begriffe zu verwenden? Was mache ich, wenn der Einnahmegrund unklar ist, z.B. wenn nicht klar ist, ob Cholesterin oder Triglyceride erhöht sind?

Die Entscheidung über die Formulierung des Einnahmegrundes obliegt den Apotheker*innen und sollte immer in enger Abstimmung mit den Patient*innen erfolgen. Die oberste Priorität ist, dass der **Einnahmegrund für die Patient*innen verständlich und nachvollziehbar** ist.

Wenn der konkrete Einnahmegrund trotz Klärungsversuchen unklar bleibt oder mehrere in der engeren Auswahl sind, kann man sich an der Fachinformation orientieren und theoretisch auch mehrere Gründe aufführen oder eine möglichst neutrale Formulierung wählen. Im genannten Beispiel könnte man „Senkung der Blutfette“ oder auch „Vorbeugung von Herzinfarkt/Schlaganfall“ schreiben.